

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 3

CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME

Statistiques du Service de Clinique chirurgicale du Professeur GUYOT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 14 septembre 1939

PAR

Raymond-Jean-Baptiste MEULET

Né à MONPLAISANT (Dordogne), le 25 juillet 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		CARLES, professeur	Juges.
		DUVERGEY, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 3

CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME

Statistiques du Service de Clinique chirurgicale du Professeur GUYOT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 14 septembre 1939

PAR

Raymond-Jean-Baptiste MEULET

Né à MONPLAISANT (Dordogne), le 25 juillet 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		CARLES, professeur	} Juges.
		DUVERGEY, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.

MM.

Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBOËUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLE.
id.	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.

MM.

Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	MASSÉ.
id.	DARGET.
id.	N.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine légale	DERVILLE.
Urologie	DARGET.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

MM.

Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

Trop tôt ravie à mon affection.

A MON PERE

A qui je dois ce que je suis.

A MES DEUX GRANDS-MERES

A MA TANTE — A MON ONCLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAZIAT

*Ancien chef de clinique chirurgicale adjoint à la Faculté,
Médecin inspecteur des Ecoles,*

Qui pour nous a été un guide sûr et
un ami fidèle.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAX BERGER

*Ancien chef de clinique à la Faculté,
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.*

Que nous remercions de tout cœur
pour sa gentillesse à notre égard.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES

*Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Je tiens à vous témoigner ici ma très grande reconnaissance pour votre amabilité à mon égard et à vous dire que votre enseignement a produit sur moi la plus profonde impression. Muni des principes élevés que vous m'avez donnés, j'entre dans la carrière médicale avec la volonté de faire du bien autour de moi. Vous savez la respectueuse affection que je vous porte. Je serai toujours fier de me dire votre élève.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de chirurgie,
Vice-Président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans le vif du sujet de cette thèse de doctorat, nous tenons à remercier M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous accueillir avec bonté et compréhension. Ce maître éminent, dont nous connaissions le renom dès nos études à la Faculté de Paris, a compris combien était grande notre angoisse de partir au front de cette nouvelle guerre, et pour combien de temps¹, sans avoir eu la possibilité de couronner notre carrière d'étudiant.

Muni de ce dernier diplôme, dont le principal avantage sera d'avoir été décerné par vous, je veux vous dire, mon cher Maître, toute la joie que j'ai eu d'avoir pu profiter de votre science, de votre enseignement au chevet des malades soignés dans votre service de l'Hôpital Saint-André.

Je n'oublierai pas les magistrales leçons entendues à l'amphithéâtre, certes, mais bien mieux gravées dans mon esprit sont encore ces quelques réflexions vraies, ces mots justes et nets lancés devant quelque lit par un « patron » sachant être à la fois un savant et un professeur et dont on se souvient à jamais de la voix et du regard si vif.

Je suis fier, mon cher Maître, de me dire votre élève et si le vers d'Horace *Debemur morti nos nostraque* est vrai pour notre avenir, puissiez-vous trouver ici dès maintenant un modeste témoignage de reconnaissance.

CANCER DU SEIN

CHEZ LA FEMME

CHAPITRE PREMIER

Le cancer du sein chez la femme et le moyen de le guérir est une question toujours à l'ordre du jour passionnant aussi bien le corps médical que le grand public.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier :

— dans un premier temps : les résultats que l'on peut attendre de l'action chirurgicale, et pour ce faire nous sommes allés consulter les observations des nombreux malades soignés au cours de ces douze dernières années dans le service de M. le Professeur Guyot;

— dans un second temps : quelques cas où le diagnostic fut difficile et souvent ne put être posé qu'après l'intervention.

Le lecteur pourrait se demander pourquoi nos observations portent sur les douze dernières années et non les quinze ou dix dernières. La raison en est que nous avons fait porter notre travail depuis la thèse de notre aîné, M. le Docteur Robert Guérin qui, récapitulant les années précédentes, a étudié le cancer du sein jusqu'à l'année 1927, année où il soutint sa thèse devant un jury présidé par notre Maître commun, M. le Professeur Guyot.

CHAPITRE II

1927

Durant cette année, une seule observation :

OBSERVATION I.

L..., 64 ans, repasseuse.

Tumeur du sein droit de limites imprécises siégeant dans le quadrant supéro-externe, dure, ligneuse, présentant le phénomène de la peau d'orange lorsqu'on plisse la peau.

Le mamelon est fixe.

Il y a adhérence au grand pectoral, adhérence que l'on constate par l'abduction contrariée du bras, ce qui fait immobiliser la tumeur.

Des ganglions axillaires sont nettement perçus.

Le laboratoire, consulté pour un examen histologique d'un fragment du présumé cancer, répond squirrhe. Quelques jours après, sous anesthésie à l'éther, on pratique l'opération de Willy Meyer. Les suites opératoires sont excellentes.

1928.

OBSERVATION II.

En 1928, Mme B., 65 ans, domestique, a constaté la présence d'une petite tumeur lors d'un choc sur le sein droit, tumeur qui, à l'examen, est visible, siégeant dans le quadrant supéro-externe rétractant la peau et fixant le mamelon.

On voit, en outre, une légère circulation veineuse collatérale. Le phénomène de la peau d'orange est très net.

Il y a de gros ganglions dans l'aisselle. Par ailleurs, la malade n'a ni douleur, ni sensation de pesanteur.

L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un squirrhe.

On pratique l'opération de Willy Meyer sous anesthésie à l'éther, suivie d'un drainage avec 3 drains. Les suites opératoires sont quelque peu inquiétantes; la malade présente en effet, les jours suivants, une température à 38°5, des nausées. Il s'était produit une rétention sanguine, puis un décollement des tissus partant de la partie supérieure de l'incision jusqu'à la région moyenne du bras. Une suppuration s'était produite; vite évacuée, suivie d'irrigations au Dakin, tout redevient normal en peu de jours et la malade peut bientôt partir.

OBSERVATION III.

Mme D..., 52 ans, cultivatrice, présente une tumeur du volume d'un œuf de poule siégeant sur le sein gauche, constatée par le médecin de famille au cours d'un examen pulmonaire. Il n'y a pas d'adhérence aux plans profonds. Le phénomène de la peau d'orange est léger.

Pas de ganglions.

Le laboratoire indique que l'on se trouve en présence d'un épithélioma.

On pratique l'opération de Willy Meyer sous anesthésie à l'éther.

Dans les suites opératoires, on note un léger hématome et une cicatrisation lente de la plaie activée par la lumière et la chaleur.

1929

OBSERVATION IV.

Mme L., 50 ans, ménagère, vient consulter son médecin pour une hernie inguinale, et c'est au cours de cet examen qu'on lui montre une tumeur de son sein gauche, dont elle ne se soucie pas, et qu'elle dit avoir depuis trente ou quarante ans.

La tumeur est adhérente aux plans profonds et à la peau. En outre, on note un écoulement sanguin par le mamelon.

On ne trouve pas d'adénopathie.

On pratique l'opération de Willy Meyer, qui permet, en outre, d'extirper deux ou trois petits ganglions axillaires, que l'examen clinique n'avait pu déceler.

La plaie opératoire cicatrise lentement, mais la chaleur aidant, la malade peut bientôt repartir chez elle.

Le laboratoire, consulté pour l'examen histologique de la tumeur, répond que l'on se trouve en présence d'un épithélioma.

OBSERVATION V.

Mme C., 60 ans, giletière, a constaté la présence d'une petite tumeur dure de la grosseur d'une bille à jouer, dont le siège se trouve au-dessous du mamelon de son sein droit. La malade ne souffre pas, ne présente pas de ganglions axillaires, pas d'écoulement sanguin par le mamelon.

M. le Professeur Guyot, consulté, lui propose de rentrer dans son service de l'Hôpital Saint-André où, là, une biopsie pratiquée montre que l'on a affaire à un épithélioma.

La femme n'a pas maigri, l'état général est parfait, et l'on décide de faire un Willy Meyer atypique en se bornant à enlever la glande mammaire suivi d'un curage axillaire, qui montre l'existence de ganglions que n'avait pas décelée la clinique. On conserve le grand et le petit pectoral.

L'anesthésie est faite au mélange de Schleich.

Les suites opératoires sont parfaites.

1930

OBSERVATION VI.

Mme A., 46 ans, sans profession, est envoyée dans le service par M. le Docteur Jean Villar, pour une tumeur du sein gauche siégeant dans le quadrant supéro-externe. Légère diminution de la mobilité de la peau.

Pas de ganglions axillaires.

Aucun autre signe objectif ou subjectif.

Une biopsie pratiquée révèle un épithélioma.

On opère sous anesthésie à l'éther. Le Willy Meyer réussit parfaitement.

Les suites opératoires sont excellentes.

OBSERVATION VII.

Mme M..., 32 ans, sans profession, a constaté au cours de sa toilette une petite tumeur du volume d'une noisette siégeant au-dessus et à droite du mamelon de son sein gauche.

La peau est normale. La « grosseur », comme dit la malade, est mobile sur les plans profonds.

Les ganglions axillaires ne sont pas perçus.

La biopsie révèle un épithélioma.

On pratique un Willy Meyer sous anesthésie à l'éther Ombrédanne, et bientôt après la malade peut repartir guérie.

OBSERVATION VIII.

Mme G..., 40 ans, ménagère, avait consulté M. le Professeur Guyot il y a un an pour une tumeur du volume d'une bille du sein droit, qui lui avait conseillé de se faire opérer. Ne souffrant pas, la malade n'a pas écouté les conseils reçus et a attendu cette année où l'augmentation rapide de volume de ladite tumeur lui fit peur et la décida à venir à l'hôpital.

Aujourd'hui, elle présente une adhérence de la peau, une élévation du mamelon par rapport à la ligne mamelonnaire et a des ganglions axillaires gros et durs.

Le sein du côté opposé est normal.

L'examen pleuro-pulmonaire se montre négatif. L'histologie d'un fragment prélevé par biopsie indique un carcinome.

On pratique l'opération de Willy Meyer sous anesthésie à l'éther. Les résultats sont excellents.

OBSERVATION IX.

Mme C..., 58 ans, employée de commerce, a constaté, en faisant sa toilette, une induration du sein gauche qui déforme bientôt le sein, rétracte le mamelon.

La masse est dure, adhérente aux plans profonds et à la peau.

Le creux axillaire est comblé par des ganglions durs. La biopsie révèle un épithélioma, mais il est curieux de noter que c'est l'examen des ganglions qui fait poser ce diagnostic de laboratoire, car le fragment de tissu prélevé en plein sein ne décèle qu'un tissu fibreux excessivement pauvre en cellules.

On fait un Willy Meyer large sous anesthésie à l'éther.

Quelques jours après, la malade peut reprendre sa vie normale.

OBSERVATION X.

Mme D..., 46 ans, piqueuse en chaussures, a constaté, il y a un an, une petite grosseur du volume d'une noisette qui a augmenté progressivement pour arriver à se présenter comme une masse ovoïde adhérente à la peau, qui est violacée à ce niveau, non mobile sur les plans profonds.

Le sein est actuellement déformé, présente des nodosités apparentes sous la peau, surtout dans le quadrant supéro-externe.

Le signe de la peau d'orange est nettement positif. L'expression du mamelon et de la glande ne fait sourdre aucun liquide séreux ou sanguinolent.

On trouve, en outre, quelques ganglions axillaires, petits, durs, mobiles. Pas de ganglions susclaviculaires. Le laboratoire nous renseigne sur la nature histologique de ce cancer clinique et précise que nous avons affaire à un épithélioma.

L'opération de Willy Meyer est pratiquée avec succès sous anesthésie à l'éther. Les suites sont excellentes. La cicatrice est souple.

OBSERVATION XI.

Mme N..., 48 ans, coupeuse, vient consulter pour une ulcération, qui s'est développée au niveau d'une grosseur, que la malade avait constatée il y a deux ans au sein gauche. Cette ulcération, qui siège dans le quadrant supéro-externe, donne lieu à des picotements, signe remarquable, puisqu'il constitue le premier symptôme fonctionnel rencontré dans nos observations.

L'état général, cependant, est satisfaisant, et n'eût été cette ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs et quelques ganglions axillaires, la malade aurait encore attendu quelques années avant de se confier à un médein.

L'histologie d'un fragment de cette ulcération indique un carcinome, et celle d'un ganglion montre celui-ci en proie à un processus épithéliomateux.

On opère, et le Willy Meyer est suivi d'un œdème important du membre correspondant, qui rétrocede peu à peu.

1931.

OBSERVATION XII.

Mme B..., 58 ans, marchande ambulante, avait déjà été opérée pour un néoplasme du sein gauche, par le procédé de Willy Meyer en janvier 1930.

Les suites opératoires de cette intervention avaient été excellentes, mais, il y a huit mois, la malade remarque sur le trajet de la cicatrice, et un peu en dehors d'elle, trois petites papules, grosses chacune comme un pois, dures et indolores. En outre, cette femme souffre de l'épaule et du cou.

Ces trois petites papules augmentent bientôt de volume et atteignent la grosseur d'une noisette, ce qui décide la malade à revoir son chirurgien.

A l'autre sein on ne note rien d'anormal. L'état général de cette personne est bon.

L'intervention chirurgicale comprend une incision large en boutonnière, qui permet d'enlever facilement les trois nodules suspects en même temps qu'une grande quantité de tissu cellulaire avoisinant.

Les suites immédiates sont bonnes, mais au bout de quelques mois la plaie s'ouvre à nouveau. On pratique alors des bains de lumière, et, huit mois après, la cicatrice est bonne. L'écoulement est tari et on propose à la malade de suivre un traitement radiothérapique.

Deux ans après, cette femme allait bien et avait repris ses occupations.

1932.

OBSERVATION XIII.

Mme R..., 56 ans, concierge, depuis un mois applique des compresses chaudes sur une grosseur du sein gauche, sans résultats d'ailleurs. Aussi se décide-t-elle à consulter un médecin, qui note une nette augmentation de volume du sein malade produite par une tumeur siégeant sous le mamelon et propulsant celui-ci en avant. Au-dessous de ce premier mamelon, on voit un mamelon supplémentaire.

Ce sein est chaud, indolore, présente un peu d'œdème et aussi le phénomène de la peau d'orange. Des ganglions sont perçus dans le creux de l'aisselle. Le laboratoire indique que nous nous trouvons en présence d'un épithélioma atypique massif avec réaction inflammatoire en certains points.

On fait un Willy Meyer sous anesthésie à l'éther. Les suites opératoires sont mauvaises. La malade a une phlébite; puis la base de son poumon droit est le siège de quelques râles sous-crépitants et d'un peu d'obscurité respiratoire.

Deux ans après, cette femme vient nous montrer des brûlures par rayons X sur un gros placard infiltré au niveau de la cicatrice. L'aisselle est libre, mais le creux susclaviculaire est nettement comblé avec de gros ganglions très durs.

Le traitement médical est alors la seule ressource, et c'est à la delbiasé que l'on s'adresse.

1933.

OBSERVATION XIV.

Mlle M..., 62 ans, sans profession, présente un sein gauche augmenté de volume avec voussures visibles dans le quadrant supéro-interne et un mamelon ombiliqué.

Au palper, la masse est molle, élastique, on ne peut rétracter le mamelon, qui est comme fixé sur les plans sous-jacents. Pas de ganglions palpables.

L'examen des autres appareils révèle un point douloureux sous la quatrième vertèbre dorsale.

L'histologie de la tumeur révèle une masse fibreuse où sont incluses des traînées néoplasiques.

On décide de pratiquer une opération de Halsted avec anesthésie au rectanol.

Les suites opératoires sont graves. La malade a une défaillance de son myocarde, qui nécessite des injections intraveineuses et intramusculaires d'ouabaïne, du solucamphre, 1 litre de sérum physiologique en goutte à goutte à la Murphy.

Les drains laissent écouler une grande quantité de liquide; puis bientôt une suppuration a lieu. On voit un gros œdème du bras. On pratique la rupture des points de suture, on lave et on panse avec des compresses humides alcoolisées.

La guérison ne tarde plus.

OBSERVATION XV.

Mme C..., 62 ans, domestique, reçut un coup de rallonge de table sur le sein droit et constata peu de temps après une grosseur sur le pôle supéro-externe du sein, grosseur du volume d'une noix qui, du fait de son indolence, est absolument négligée par la malade.

Deux ans passent ainsi, et cette domestique se met à maigrir, à souffrir de « maux de reins », et bientôt elle doit interrompre son

travail malgré les nombreux cachets d'aspirine qu'elle ingurgite, car elle maigrit de 5 kilos.

La tumeur du sein n'a pas changé de volume. Elle est mobile sur les plans profonds. Le phénomène de la peau d'orange existe.

De petits ganglions axillaires sont perçus.

L'examen de la colonne vertébrale révèle une douleur exquise au niveau de la quatrième vertèbre lombaire.

Le diagnostic, confirmé par le laboratoire, d'épithélioma du sein et de métastase vertébrale est posé.

On décide un traitement médical.

OBSERVATION XVI.

Mme B..., 79 ans.

Entre à l'hôpital pour une ulcération du sein droit de la grandeur d'une pièce de 1 franc, dont le fond est jaunâtre et quelque peu saignant.

La palpation révèle sur le mamelon une tuméfaction assez volumineuse de consistance dure, à limites tout à fait imprécises.

Le mamelon est adhérent à cette tumeur. Les plans profonds sont solidaires de cette grosseur.

On trouve un gros ganglion dur dans le creux axillaire. L'état général est bon.

On décide un traitement médical radiothérapique.

Un an après, la malade est revue. Les lésions ont progressé.

1934.

OBSERVATION XVII.

Mme A..., cultivatrice, 62 ans, a reçu le choc d'une bassine pleine de linge sur le sein droit. Six mois après, cette dame constate une petite tumeur, grosse comme une bille mobile et non douloureuse qui augmente progressivement de volume. Mais comme cette affection est totalement indolente, cette cultivatrice attend

que le mamelon laisse sourdre une sérosité sanguinolente pour consulter son médecin. Alors l'amaigrissement est notable, la perte de sang est considérable au point que de nombreux pansements sont souillés au cours d'une même journée.

A l'heure où le chirurgien l'examine, cette dame présente une ulcération de la région supéro-interne du sein qui laisse couler un jet du sang lorsque l'on presse.

Dans le creux axillaire, on trouve des ganglions. On pratique un Willy Meyer sous anesthésie au mélange de Schleich. Les résultats en sont excellents.

L'analyse du sein enlevé précise que l'on se trouve en présence d'un épithélioma.

1935.

OBSERVATION XVIII.

Mme G..., 77 ans, cuisinière, avait constaté, il y a un an, une grosseur du volume d'une noix dans le quadrant supéro-externe de son sein droit, qui, il y a quelques mois, à la suite d'un choc, augmenta brusquement de volume pour envahir le sein en entier. Ce faisant, des sensations de picotements, puis de véritables douleurs étaient nées, et actuellement on se trouve en présence d'une mamelle grosse, tendue, dure au palper, sans adhérence à la peau et aux plans profonds. Des ganglions axillaires sont perçus au palper dans le creux axillaire. Il s'écoule un liquide séro-sanguinolent par le mamelon.

L'histologie nous révèle qu'il s'agit d'un épithélioma encéphaloïde qu'on opère. M. le Professeur Guyot pratique la méthode de Halstaedt sous anesthésie au Schleich. L'intervention dure trente minutes. Le lendemain, la malade se lève. Les drains sont retirés cinq jours après. Quinze jours après, la malade repart guérie.

OBSERVATION XIX.

Mme D..., 59 ans, couturière, a reçu un coup de sabot sur son sein gauche. Depuis, elle a remarqué une petite tumeur du volume

d'un œuf de poule qui augmente progressivement et qui siège surtout dans le quadrant supéro-externe de la mamelle.

Les plans superficiels et profonds ne sont pas adhérents. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire ou susclaviculaire. L'analyse histologique d'un fragment prélevé par biopsie répond : épithélioma.

On pratique l'opération de Willy Meyer sous anesthésie à l'éther. Les suites sont parfaites.

OBSERVATION XX.

Mme J..., 62 ans, servante, a constaté en faisant sa toilette l'existence, dans le quadrant supéro-externe de son sein gauche, d'une tumeur du volume d'une noix, et, coexistant avec elle, un écoulement séro-sanguin par le mamelon.

Seule, la palpation révèle cette induration. La peau ne présente pas le phénomène de la « peau d'orange ». Pas de ganglions.

Le laboratoire n'est pas affirmatif à la première biopsie. Mais un second histologiste répond : épithélioma, ce qui confirme l'examen clinique.

On opère sous éther. Le résultat est excellent.

OBSERVATION XXI.

Mme D..., 57 ans, ménagère, subit il y a quatre mois un traumatisme de son sein gauche en tombant contre l'angle d'un mur. Elle souffre pendant quelques jours, puis voit se former une grosseur du volume d'une noix qui grossit insensiblement.

À l'examen, ce sein gauche n'est guère déformé. La peau paraît saine. Seul le mamelon est légèrement rétracté, et à bien y regarder on voit une circulation veineuse collatérale. La palpation révèle une induration dans le quadrant supéro-externe. On trouve des ganglions dans le creux axillaire et le creux susclaviculaire.

L'adhérence des plans profonds est nette.

Le laboratoire révèle qu'il s'agit d'un carcinome encéphaloïde qu'on extirpe suivant la méthode de Willy Meyer sous anesthésie au mélange de Schleich.

Les suites opératoires sont excellentes.

OBSERVATION XXII.

Mme L..., 50 ans, sans profession, a remarqué il y a deux ans, en faisant sa toilette, une tumeur du sein gauche, grosse comme une noisette, ferme et non douloureuse au palper.

Au moment des règles, la tumeur augmentait de volume, et d'indolore devenait subitement douloureuse.

A l'examen, on trouve un sein présentant une voussure dans le quadrant supéro-externe, un mamelon remonté au-dessus de la ligne mamelonnaire normale.

Les téguments sont en apparence normaux.

Au palper, la dureté ligneuse de la tumeur est caractéristique; elle est solidaire des plans profonds, et, en pinçant la peau, on donne naissance au phénomène de la peau d'orange.

Le creux axillaire possède deux à trois ganglions anormaux.

Le bras n'a pas d'œdème.

L'histologie révèle un épithélioma qu'on opère. Le Willy Meyer réussit parfaitement, et quelques jours après la malade repart chez elle, guérie.

1937

OBSERVATION XXIII.

Mme C..., 67 ans, sans profession, a eu des abcès aux deux seins en 1894, et en 1925 un fibrome hémorragique traité par le radium.

Il y a trois mois, en se déshabillant, cette femme ressent une légère douleur au sein gauche, et en palpant son sein elle trouve une induration.

À l'examen, en effet, on trouve une tumeur siégeant dans le quadrant inféro-interne de la glande et paraissant constituée par deux étages, l'un superficiel, se continuant par un filet induré jusqu'au mamelon, et l'autre moins limité.

La masse adhère très légèrement à la peau, à la partie inférieure. Elle n'adhère pas aux plans profonds. Pas de ganglions.

La malade n'a jamais perdu de sang par le mamelon.

Elle n'a jamais ressenti que de petites douleurs passagères au niveau du sein, à l'occasion d'un mouvement brusque par exemple.

Depuis que la tumeur a été constatée, c'est-à-dire depuis trois mois, elle aurait augmenté de grosseur (du quart environ).

Le laboratoire répond que nous sommes en présence d'un épithélioma atypique à dispositions alvéolaires, par endroits labulées, à d'autres en nappes; le tout entouré d'un stroma fibreux dense.

On pratique l'opération de Wily Meyer sous anesthésie à l'éther. Les suites sont excellentes.

OBSERVATION XXIV.

Mme D..., 56 ans, sans profession, est entrée à l'hôpital dans le service du Professeur Dupérié, pour des troubles vésiculaires, et c'est à la suite d'un examen complet qu'on lui montre une induration de son sein gauche, dont elle ne se soucie pas. Son affection médicale guérie, cette femme est transférée dans le service où les caractères cliniques de la tumeur : dureté, adhérence aux plans profonds et superficiels, présence de ganglions dans le creux axillaire et sus-claviculaire, corroborés par les caractères histologiques : néoplasme épithélial malin réalisant le type du squirrhe, permettent une intervention large, qui guérit le malade.

OBSERVATION XXV.

Mme M., 63 ans, marchande des quatre saisons, entre à l'hôpital sur les conseils pressants du médecin du dispensaire qu'elle a consulté, pour une « grosseur » du sein gauche apparue il y a un an.

Au mois de décembre 1935, en poussant un meuble, un « craquement » est perçu par cette femme dans la région pectorale droite, dont la douleur s'irradie jusque dans le sein gauche. Depuis, une tumeur du volume d'une noix existe dans ce sein; en même temps se forme un durcissement progressif du mamelon, durcissement qui aboutit trois mois après à l'élimination d'une croûte moulée sur l'extrémité mammaire.

Cette décapitation laisse sourdre un liquide séreux, ambré, puis puriforme avec quelques filets sanguins.

A partir de cette époque, on assistera à la reformation de croûtes semblables, mais plus petites, suivies de leur élimination.

Dans le creux axillaire, on trouve des ganglions durs.

Au point de vue de l'état général, l'amaigrissement est notable.

Aujourd'hui, la peau est adhérente, les plans profonds sont englobés par la tumeur. L'état général est déficient.

On décide de surseoir à l'opération.

On adresse la malade dans le service du Professeur Réchou afin de pratiquer un traitement radiothérapique.

1938

OBSERVATION XXVI.

Mme B., 69 ans, commerçante, a constaté, en faisant sa toilette, l'existence au niveau du sein droit d'une tumeur du volume d'une noisette, dure, indolore et mobile.

Le siège se trouve dans le quadrant supéro-interne.

Le phénomène de la peau d'orange est net lorsqu'on plisse le sein.

L'examen du creux axillaire révèle la présence d'un volumineux ganglion dur et indolore.

Le sein gauche est normal. L'état général est excellent.

On décide de pratiquer une opération de Halsted après avoir pris connaissance de l'examen histologique d'une parcelle de la tumeur prélevée par biopsie.

Dans un premier temps, on fait une incision d'un lambeau postérieur de forme triangulaire; ce lambeau est disséqué très loin en arrière jusqu'au bord du grand dorsal.

On fait une incision antérieure atypique avec résection de la peau sous-claviculaire en triangle. Après dissection du lambeau antérieur on ouvre l'aisselle en découvrant le grand pectoral jusqu'au sillon delto-pectoral. On sectionne alors les muscles grand et petit pectoral à leur insertion humérale et coracoïde. La veine axillaire est alors disséquée dans toute son étendue de très près. Les branches sont sectionnées entre deux pinces et le contenu cel-

lulo-adipeux et ganglionnaire de l'aisselle est enlevé d'un seul bloc. On met à part un petit ganglion situé immédiatement sous la clavicule et qui représente le dernier ganglion axillaire.

On fait l'hémostase de la plaie par de nombreuses ligatures.

On réalise la désinsertion costale du grand pectoral; la masse est enlevée en bloc, et on met en place trois drains : un postérieur par transfixion et un à chaque extrémité de la plaie. Quelques jours après, on ausculte la malade, et on trouve quelques râles à la base droite, un pouls arythmique et une langue sèche. On injecte du sérum glucosé et tout s'arrange.

Seule la cicatrice voit ses lèvres se coapter mal. On applique en ce point des tampons imbibés de bactériophage; deux escarres tombent bientôt et la lumière parfait la guérison.

OBSERVATION XXVII.

Mme C., marchande de poisson, 76 ans, présente une ulcération du sein gauche siégeant sur une masse indurée et déformée. Cette ulcération, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, ne saigne pas. Les bords sont nets, non décollés, non taillés à pic, non effilochés, mais se continuent sans transition avec la peau saine.

Cette masse néoplasique n'est pas mobile sur les plans profonds.

Le creux axillaire présente des ganglions indurés. Le creux sus-claviculaire en présente également.

L'état général de cette femme est excellent.

Le diagnostic est tellement évident que l'on se passe du laboratoire, et on pratique l'opération de Willy Meyer, qui réussit parfaitement.

Six mois après, la malade est en parfaite santé et a repris son commerce de marchande de poisson.

OBSERVATION XXVIII.

Mme D., 63 ans, servante, est envoyée par l'hospice de Podensac pour œdème du membre supérieur.

Depuis deux mois, son bras a augmenté de volume, sans toutefois déterminer aucune douleur ou aucune gêne fonctionnelle.

Au cours de l'examen complet qui est fait dans le service, on remarque que le sein correspondant, c'est-à-dire le sein gauche, est anormal dans sa forme.

Au palper, la peau se révèle être adhérente à une masse charnue indurée, immobile sur les plans profonds.

Une grosse tuméfaction remplit le creux de l'aisselle. Un gros amaigrissement accompagne ces lésions.

Une biopsie révèle un épithélioma, qui, opéré par la méthode de Willy Meyer, donne des suites parfaites.

OBSERVATION XXIX.

Mme L., 53 ans, sans profession, a vu son affection commencer par de violentes douleurs à type de déchirure, piqure. Ces douleurs se propagèrent dans la région axillaire pour finir par envahir toute la région mammaire, et devinrent alors continuelles. La nuit se passait sans que la malade puisse dormir un seul instant.

Bientôt apparaît une rougeur diffuse sur tout le sein et une augmentation nette de volume.

Une réaction fébrile est née.

Peu après, le mamelon s'ombilique.

Au cours de l'interrogatoire, cette femme nous révèle qu'elle n'a jamais eu de lait à la mamelle gauche et qu'elle a dû nourrir ses trois enfants avec le seul sein droit.

A l'examen, le sein est gros, déformé surtout vers l'extérieur. Au palper, le phénomène de la peau d'orange est net, les plans profonds sont adhérents.

Il y a des ganglions axillaires.

La biopsie nous renseigne d'une façon plus précise sur la nature histologique de cette tumeur et nous apprend que l'on se trouve en présence d'un épithélioma.

Le Willy Meyer sous anesthésie à l'éther est réalisé avec plein succès. Suites excellentes.

OBSERVATION XXX.

Mme L., 58 ans, vendeuse, a vu son sein droit devenir de moins en moins saillant pour en arriver à être minuscule et déformé.

Ne souffrant pas, elle ne s'inquiète pas, et ce n'est que poussée par son médecin, qu'elle était allée voir pour un amaigrissement attribué à des ennuis, qu'elle vient dans le service. Nombreux ganglions axillaires.

L'histologiste nous dit que nous avons affaire à une squirrhe atrophique des vieilles femmes.

L'opération de Willy Meyer est faite et les résultats sont excellents.

OBSERVATION XXXI.

Mlle D..., 40 ans, couturière, a depuis cinq ans constaté l'existence d'une grosseur dans son sein droit; ces derniers mois, la petite tumeur a brusquement augmenté de volume.

Lorsqu'on l'examine, elle est du volume d'une mandarine indolore, dure, adhérente à la peau et aux plans profonds.

On trouve surtout très nettement des ganglions susclaviculaires.

Le laboratoire nous dit qu'il s'agit d'un épithélioma, et le Willy Meyer sous anesthésie à l'éther est immédiatement pratiqué.

Les suites opératoires sont excellentes. Six mois après, la cicatrice est souple.

OBSERVATION XXXII.

Mme L..., 64 ans, vendeuse, a constaté une petite grosseur du sein droit qui l'a fait consulter son médecin.

Cette tumeur est actuellement du volume d'une mandarine, dure, indolore.

La peau est adhérente, les plans profonds sont solidaires de la tumeur.

Un liquide séro-sanguinolent s'écoule du mamelon.

Le creux axillaire est comblé par des ganglions.

On opère sous anesthésie à l'éther par la méthode de Willy Meyer.

L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma.

Les suites sont excellentes.

CHAPITRE III

Nous allons étudier maintenant cinq cas pour lesquels le diagnostic clinique et parfois histologique fut délicat.

OBSERVATION I.

Dame B..., âgée de 78 ans, sans profession, qui, il y a deux mois, en faisant sa toilette, a constaté une masse indurée au sein gauche, masse du volume d'une noix nullement douloureuse.

Depuis quelque temps, cependant, ce sein est le siège d'élancements, de picotements, qui la conduisent auprès de son médecin.

A l'examen, on remarque une légère circulation veineuse collatérale.

A la palpation, on trouve une tumeur du volume d'une mandarine siégeant dans le quadrant supéro-externe du sein gauche. Elle est dure, ligneuse, légèrement fluctuante, de contours mal précisés. Elle est mobile dans tous les plans. Le grand pectoral étant contracté, on peut très facilement la faire glisser sur le plan profond et conclure à une indépendance totale d'avec celui-ci.

En outre, la peau peut glisser sur la tumeur sans être entraînée avec elle. Le phénomène de la peau d'orange est peu net.

La traction en avant du mamelon entraîne la tumeur.

La recherche des ganglions reste négative dans le creux axillaire et le creux susclaviculaire.

Une ponction exploratrice donne un liquide séro-sanguinolent que l'on adresse au laboratoire.

Une biopsie pratiquée donne des renseignements peu affirmatifs.

Sous anesthésie locale, on extirpe alors en masse la tumeur.

Macroscopiquement la pièce opératoire se présente formée de deux parties; une masse adénomateuse faisant partie de la glande mammaire et un kyste à contenu hématique du volume d'une noix.

Le diagnostic définitif est alors : adénome kystique du sein.

OBSERVATION II.

Mme R..., 42 ans, sans profession, entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin, parce qu'elle a remarqué une grosseur qui s'est développée dans son sein droit à la suite, dit-elle, « de la tension exercée en ce point par son corset ».

Il y a un mois environ que cette grosseur est apparue sans s'accompagner aucunement de douleur ni de gêne fonctionnelle; la prudence seule a décidé cette malade à prendre l'avis d'un médecin.

A l'examen, le sein droit ne paraît pas augmenté de volume; il n'y a pas de déformation apparente; le mamelon paraît légèrement rétracté en dehors et en bas.

La palpation fait découvrir une tumeur dans la partie supérieure du quadrant inféro-externe, à 2 centimètres environ du mamelon. Elle est grosse comme un petit œuf de pigeon, oblongue dans le sens transversal, mal limitée, poussant un prolongement en dedans qui s'effile et semble adhérer à la base du mamelon.

Le tout est assez mobile, nullement douloureux, mobile sur le plan musculaire; mais adhérant légèrement à la peau. Le phénomène de la peau d'orange est peu net. Cependant, la traction en dedans du mamelon est limitée et comme freinée.

La palpation du creux de l'aisselle ne permet pas de découvrir d'adénopathie même sur son plan postérieur.

Pas de ganglion de Troisier dans le creux susclaviculaire.

Devant l'incertitude de ce diagnostic clinique, on fait une biopsie. Voici ce que répond le laboratoire :

Pas d'épithélioma, dans cette préparation du moins, mais processus de fibrose du sein avec adénomatosité et, en certains points, transformation kystique des conduits galactophores.

On opère sous anesthésie générale à l'éther et on extirpe la tumeur.

OBSERVATION III.

Mme H..., 28 ans, cultivatrice, s'est aperçue il y a quatre ans de l'existence d'une petite tumeur grosse comme un haricot dans son sein gauche.

Il y a dix mois cette femme s'est heurtée le sein contre une porte. A partir de ce moment, la tumeur grossit et durcit, douloureuse.

La tumeur est mobile, bien limitée, donnant l'impression d'être encapsulée.

On prévient la jeune femme de la bénignité de son mal, mais ayant entendu parler des ravages du cancer du sein elle veut se faire opérer.

L'examen histologique après une intervention bénigne confirme qu'il s'agit d'un adéno-fibrome d'une structure tout à fait exceptionnelle. Le néoplasme procède, dit l'histologiste, par flots glandulaires très nettement distincts dans un stroma fibreux assez dense et très abondant. Chaque colonie est constituée de tubes juxtaposés, à épithéliums assez hauts, cylindriques, d'aspect uniforme; parfois en prolifération intensive, au point de constituer des boyaux compacts.

Cette tumeur est extrêmement suspecte, mais cependant il ne semble pas, dans les points incriminés, que le stade de malignité ait été franchement réalisé.

On conseille à cette femme de revenir très prochainement se faire examiner.

OBSERVATION IV.

Mlle D..., 45 ans 1/2, est envoyée par son médecin pour une petite tumeur apparue dans le sein droit.

Dans ses antécédents, on relève que sa mère et son père sont morts de cancer.

A l'examen, le sein droit est un peu augmenté de volume; à la palpation, on sent dans le quadrant supéro-externe une tumeur dure du volume d'un œuf de pigeon qui roule sur les plans profonds.

La peau est mobilisable sur elle. Le mamelon est normal. Le creux axillaire est exempt de tout ganglion.

On opère peu de jours après sous anesthésie générale à l'éther; on enlève un noyau fibreux et on suture.

La pièce est envoyée par mesure de précaution au laboratoire qui répond : il s'agit d'un adéno-fibrome nettement encapsulé,

mais qui eût été voué à un développement rapide vers une dégénérescence maligne.

Il sera prudent de revoir cette enfant.

OBSERVATION V.

Mme R..., 32 ans, a découvert, en faisant sa toilette, une petite tumeur dure, grosse comme une bille, dans son sein droit.

Cette tumeur grossit rapidement et devient un peu douloureuse. Le médecin consulté lui fait appliquer des compresses humides chaudes. Pendant quelque temps on ne retrouve pas la « grosseur ».

Puis au bout de 3 semaines, la tumeur reparaît et se montre alors du volume d'un œuf de poule.

La mobilité sur les plans profonds n'est pas très nette; lorsqu'on mobilise le grand pectoral il semble qu'il y aurait un léger déplacement.

La peau est quelque peu rouge et adhérente.

La recherche de l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon est négative, mais lorsqu'on tire en avant celui-ci, il entraîne la tumeur.

On ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle ni dans le creux susclaviculaire.

On pense qu'il s'agit d'un néoplasme et on opère sur un diagnostic incertain de laboratoire.

La pièce opératoire examinée après l'intervention révèle qu'il s'agit d'un adéno-fibrome sans tendance à la malignité.

CONCLUSIONS

I. — *La fréquence du cancer du sein.*

Le cancer du sein est, on le sait, d'un haut intérêt d'étude, car il est fréquent et se classe au troisième rang, comme lieu d'élection des tumeurs malignes, après l'estomac et l'utérus. Il est bien plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Serait-ce en rapport avec la noblesse même des fonctions de l'organe ? On peut le penser ; le mal semble frapper avec élection les parties du corps qui sont nécessaires aux fonctions les plus vitales.

Toujours est-il que des rapports trouvés auprès des registres d'état civil révèlent une quantité énorme de décès par cancer du sein.

En Angleterre, pour une période de quatre ans, située dans les dernières années écoulées, on a compté jusqu'à 17.000 femmes tuées.

Aux Etats-Unis d'Amérique, les chiffres sont, proportionnellement et sur une même période de temps, moins élevés, puisque l'on ne trouve que le chiffre de 19.000.

En France, durant le décours de quatre années, la mortalité par tumeur maligne du sein est de 17.000.

II. — *Age.*

L'âge est important dans le cas présent. Certains ont dit qu'il y avait un âge du cancer. Ceci n'est point vrai pour tous les cancers, et il existe, tous les cliniciens le savent bien, le cancer des jeunes.

Durant notre passage dans le service d'oto-rhino-laryngologie, nous avons été frappé de voir plusieurs cas de tumeurs du massif facial chez des enfants de 10 à 15 ans.

Lorsque le terrible mal a son siège dans le sein, il semble

bien que ce soit toujours chez une femme déjà âgée qu'il s'installe.

Nos observations nous montrent que la plus jeune femme atteinte était âgée de 40 ans, et c'est bien à cet âge-là que le médecin se méfie de l'existence d'un néoplasme, car nous avons rapporté un cas d'une jeune femme de 28 ans pour lequel le diagnostic clinique avait été adéno-fibrome, et qui était, en réalité, un cancer authentique, comme la pièce opératoire le confirma par la suite.

Certes, cette observation est unique, mais elle montre bien qu'en présence d'une induration du sein il ne faut pas se contenter de rassurer la malade, mais bien de l'examiner attentivement, et, si on croit à la bénignité, de faire au moins l'épreuve du temps en lui demandant de revenir à notre consultation.

Ces considérations mises à part, il est bien évident que les femmes arrivant à l'heure de la ménopause semblent plus particulièrement exposées au mal.

L'âge du cancer du sein se situe entre 35 et 60 ans.

III. — *Y a-t-il une élection pour un côté ?*

Le sein droit et le sein gauche sont frappés tour à tour, et on ne peut pas trouver une nette fréquence d'un côté ou de l'autre.

Sur 30 observations de cancers vérifiés, on trouve 18 cas siégeant à gauche. Mais ce qui est plus net, c'est le siège même dans le sein de la tumeur. Presque toutes les malades traitées avaient leur tumeur placée dans la moitié externe du sein, et, plus exactement, dans le quadrant supéro-externe.

Il apparaît donc que la néoformation prend naissance, le plus souvent, dans le prolongement axillaire (lobule de Kirmisson).

IV. — *La symptomatologie.*

D'une façon générale, la symptomatologie du cancer du sein est nette et précise.

La dureté ligneuse, la fixation de la peau, l'adhérence aux plans profonds, l'hypertrophie ganglionnaire, sont des signes qui emportent le diagnostic; cependant il faut bien dire que c'est là une symptomatologie de cancer avancé dans son évolution et que le traitement sera ici moins efficace que si le diagnostic avait été plus précocement porté. Et, à ce stade avancé, certains abcès très durs mis à part, ne peut-on, à un stade antérieur, le confondre souvent avec l'adéno-fibrome ou avec une tuberculose, et, pour ce dernier cas, d'autant plus facilement que l'on trouve des ganglions engorgés.

Nous avons vu dans le précédent chapitre de ce travail que le cancer était parfois confondu avec l'adéno-fibrome et pouvait être opéré comme tel. Seul l'examen de la pièce opératoire renseignait exactement sur la vraie nature du mal.

A ce propos, la biopsie, pratiquée en pleine tumeur et adressée au laboratoire d'histologie, nous fournit un renseignement précieux.

Mais rappelons bien qu'il n'est qu'un symptôme et qu'il doit s'associer aux autres signes pour étayer le syndrome cancer du sein.

Nous avons parlé de la tumeur et de son cortège ganglionnaire; disons quelques mots sur la sensibilité.

Dans toutes nos observations, sauf une, les malades ne souffraient pas, et ceci favorisait leur négligence.

On peut dire, avec Cadenat, que la sensibilité du sein, soit spontanée, soit à la pression, soit au moment des règles, est un symptôme favorable, qui « inquiète le malade, et rassure le chirurgien ».

Ce signe négatif est déplorable, puisque nous comptons plusieurs cas de femmes qui n'ont consulté un médecin que lors de l'ulcération de leur néoplasme.

L'écoulement séro-sanguinolent est important, mais bien inconstant.

Nous regrettons de n'avoir pas vu pratiquer plus souvent le test de Cutler ou transillumination du sein, qui aide souvent au diagnostic : une tumeur dessinant une opacité cir-

conscrite, un kyste à contenu fluide étant, au contraire, transparent.

V. — *Le laboratoire.*

Nous avons dit un mot dans la symptomatologie de la valeur du laboratoire.

Elle n'est pas négligeable, bien au contraire. Nous n'avons pas rencontré un seul sarcome. L'épithélioma à type de squirrhe, de carcinome ou autre, est bien plus fréquent. D'après des statistiques récentes, il ne compte que pour 6 p. 100 des cancers de la mamelle.

VI. — *Le traitement.*

Et nous arrivons au grand chapitre du traitement. Devant tout cancer nous sommes bien désarmés. Nous en sommes réduits à une méthode moyenageuse, à vrai dire, qui consiste à enlever un organe parce qu'il est malade. Là n'est point la bonne solution, mais, pour l'heure, il faut nous en contenter et savoir alors composer avec elle; nous nous expliquons.

Puisque le seul moyen de traitement est l'exérèse chirurgicale ou la destruction radiothérapique, pratiquons la méthode tôt : les chances de succès en seront augmentées. Tant que le néoplasme est réduit à la grosseur d'une bille il est plus facile d'extraire tout le mal et d'éliminer ainsi un foyer de propagation métastatique.

Ce traitement, suivant la technique de Willy Meyer, doit être large, le chirurgien ira jusqu'au gril costal et fera l'ablation des ganglions axillaires et sous-claviculaires.

Malheureusement, ce traitement est mis souvent en jeu sur des femmes âgées, trainant leur cancer depuis de longues années, étant ulcérées déjà, et alors ce n'est plus une opération curative, mais le simple nettoyage que l'on pratique.

VII. — *Le pronostic.*

Le pronostic du cancer du sein s'entend de trois façons, à notre avis :

a) Non opéré, il entraîne la mort par métastase plus ou moins rapidement.

b) Opéré, les suites immédiates sont en général bonnes. Dans nos observations, aucune mort n'est à déplorer. Les quelques complications sont d'ordre pulmonaire, mais c'est là une suite opératoire banale et inhérente à toute intervention, ou un défaut de cicatrisation. Tout se passe comme si la plaie, attenante à de mauvais tissus, n'avait pas les éléments nécessaires d'une fermeture correcte de ses lèvres. La lumière conseillée par M. le Professeur Guyot dans ces cas favorisait amplement la guérison.

c) Opéré, les suites éloignées sont difficiles à calculer. Entendons par terme de guérison une survie de cinq ans; le rapport du Professeur Forgue au Congrès de chirurgie de 1921 donne pour sa statistique personnelle, comprenant 285 opérés, une proportion de 35 p. 100 de guérisons.

Si l'on veut tenir compte des cas d'espèce, on peut compter 70 p. 100 de succès dans les bons cas et 28 p. 100 seulement dans les mauvais.

En 1904, M. le Professeur Chavannaz donnait une proportion de 43,50 p. 100 de guérisons sur 154 cas.

En 1921, M. le Professeur Bégouin, sur 78 cas retrouvés, donne 20 morts (sans cause connue), 33 morts par récurrence, 20 guérisons de cinq ans et 31 de trois ans.

En Allemagne, Perthes indique, sans distinction du stade de développement, 38,4 p. 100 de guérisons après trois ans. Jungling, au Congrès allemand de radiologie, en 1926, donne le chiffre de 45 p. 100 comme moyenne des chirurgiens allemands après trois ans, et 38 p. 100 après cinq ans.

La plus nombreuse statistique est celle de la Clinique Mayo, fournie par Herrington, qui enregistre les moyennes suivantes :

Avec ganglions sains : 63 p. 100 de guérisons toujours après la cinquième année, 44 p. 100 à la dixième année.

Avec adénopathie : 24 p. 100 après la cinquième année, et 43 p. 100 après la dixième année.

La plus récente statistique est une statistique américaine, qui donne :

Premier groupe, sans adénopathie, conditions locales favorables, 78 p. 100;

Deuxième groupe, sans adénopathie, conditions locales défavorables, 43 p. 100;

Troisième groupe, avec adénopathie limitée et conditions favorables, 26 p. 100;

Quatrième groupe, avec adénopathie et conditions locales défavorables, 7 p. 100.

La conclusion qui s'impose est qu'il faut faire une prophylaxie préventive du cancer du sein, tendant à dépister tôt le mal et à le traiter d'une façon précoce.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 septembre 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN. — Traitement actuel du cancer. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juin 1921; Congrès de chirurgie, Strasbourg, 1921.
- FORGUE. — Rapport du Congrès de chirurgie de Strasbourg, 1921.
- GUYOT (J.) et JEANNENEY. — Traitement chirurgical des cancers du sein. *Journ. de méd. de Bordeaux*, août 1913.
- JUNGLING. — XVII^e Congrès de la Société allemande de radiologie. *In* Gunsett, *Strasbourg médical*, 20 avril 1927, n° 8.
- PERTHES. — *Archiv f. Klin. chir.*, CXVI, n° 2. *In* Gunsett, *Strasbourg Zentralblatt f. Chirurgie*, 1920, p. 23.

